



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

RANIELLY PEREIRA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO E SUAS RELAÇÕES COM OS ASPECTOS
CLÍNICOS DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Brasília – DF

2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

RANIELLY PEREIRA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO E SUAS RELAÇÕES COM OS ASPECTOS
CLÍNICOS DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em
Enfermagem 2, como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem,
Universidade de Brasília- Faculdade de
Ceilândia..

Orientação: Prof.^aDr^a Josiane Maria de Oliveira

Brasília -DF

2018

RANIELLY PEREIRA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO E SUAS RELAÇÕES COM OS ASPECTOS
CLÍNICOS DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em
Enfermagem 2, como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem,
Universidade de Brasília- Faculdade de
Ceilândia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Josiane Maria Oliveira de Souza - Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a Dr^a Marcia Cristina da Silva Magro - Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a Dr^a Michelle Zampieri Ipolito- Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a Ms. Tayse Tâmara da Paixão Duarte - Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Brasília -DF

2018

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho aos meus amados pais, Francisca e Severino, que são a grande razão de tudo. Ao meu namorado e á minha orientadora. “

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela dádiva da vida e pelo caminho que traçou para mim.

Ao meu Pai Severino, que descanse em paz, pois essa vitória é dele e por ele. Agradeço por todo trabalho árduo, todos os dias de luta em vida e por ter me proporcionado uma vida tão maravilhosa, sabendo que sem seu apoio, carinho e dedicação de pai eu nada seria.

À minha Mãe, Francisca, que viveu comigo todos esses anos de graduação e foi minha companheira fiel em todas as lutas diárias, em todos os momentos felizes e tristes, pelo amor e carinho e por me acolher desde pequena como filha.

Ao meu namorado Anderson por todo amor, incentivo e companheirismo no dia-a-dia da minha trajetória até aqui.

A todo corpo docente da Universidade de Brasília, em especial à Professora Josiane Maria de Oliveira, pela orientação nesse trabalho, pela confiança, pelo apoio, críticas e conselhos dados nesse tempo de trabalho.

Aos meus diversos amigos da Universidade que, apesar de não citados um a um aqui, viveram comigo toda essa experiência que é a graduação, em especial para os amigos que fiz da turma X e XI, bem como os amigos do projeto do Autocuidado apoiado, que foram essenciais durante meu processo de formação.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	pág. 7
LISTA DE FIGURAS	pág. 8
RESUMO	pág. 9
1. INTRODUÇÃO.....	pág. 10
2. METODOLOGIA	pág. 12
3. RESULTADOS	pág. 13
4. DISCUSSÃO	pág. 21
5. CONCLUSÃO	pág. 24
6. REFERÊNCIAS	pág. 25
ANEXOS.....	pág. 29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Avaliação dos itens da Escala de Autocuidado de Hipertensão- Versão Brasileira (EAC- HI) na amostra estudada. pág. 14

TABELA 2- Relação das variáveis clínicas com as atividades de autocuidado na amostra estudada pág. 19

TABELA 3- Relação dos fatores de risco e história clínica com as atividades de autocuidado na amostra estudada. (n=179). pág. 20

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Gráfico com a relação entre a subescala de manutenção e subescala de confiança referente ao autocuidado. Distrito Federal, 2018 pág. 17

FIGURA 2- Gráfico com a relação entre a subescala de manejo e subescala de confiança referente ao autocuidado. Distrito Federal, 2018 pág. 17

Resumo

Objetivo: Avaliar a relação do autocuidado com controle clínico da saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de estudo observacional e transversal, realizado com 179 pacientes com HAS em seguimento na Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada através de instrumento semiestruturado contendo variáveis clínicas juntamente da *Escala de Autocuidado de Hipertensão versão Brasileira (EAC-HI)*. Para os resultados foram realizadas a correlação pelo teste de Spearman e o teste t Student para análise estatística. O resultado foi considerado significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** A idade correlacionou-se inversamente com controle do peso ($p=0,007$) e diretamente com o consumo de gordura saturada ($p=0,034$), a prática de atividade física mostrou correlação inversa com o índice de massa corpórea ($p=0,042$), este que por sua vez correlacionou-se diretamente com controle de peso ($p=0,024$). **Conclusão:** Apesar do cuidado incipiente na manutenção e manejo da saúde, observou-se que autoconfiança do usuário com hipertensão repercutiu positivamente no controle clínico da sua saúde. E, que deve-se estimular a adoção de uma alimentação mais saudável entre os hipertensos e a prática de exercício físico, sobretudo entre os com mais idade e com maior massa corporal.

Descritores: Hipertensão; Autocuidado; Avaliação; Doenças crônicas; Atenção primária à saúde; Estudo observacional.

Keywords: Hypertension; Self-Care; Evaluation; Chronic diseases; Primary health care; observational study.

Descriptores: Hipertensión; Autocuidado; Evaluación; Enfermedad crónicas; Atención primaria de salud; Estudio observacional.

Introdução

Diante do atual cenário epidemiológico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe em seu plano de ações a redução de 2% ao ano de mortalidade prematura relacionada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), através de estratégias a serem empreendidas no âmbito da atenção à saúde o que se caracteriza como um grande desafio a âmbito mundial. Entre a maioria dos óbitos por DCNT no Brasil e no mundo destacam-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica (HAS)^(1,2,3).

Uma pesquisa domiciliar de monitoramento de DCNT realizada em 2013 no Brasil mostrou que, em relação às morbidades, a HAS foi a mais referida dentre os entrevistados, com prevalência de 21,4% na população de pessoas de 18 anos ou mais de idade, sendo em números absolutos o valor aproximado 31 milhões de brasileiros ⁽²⁾. Outra evidencia científica aponta que a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos a nível nacional, colaborando de forma direta ou indiretamente para 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares ⁽⁴⁾.

É considerado normotenso aquele em que os valores da pressão arterial no momento da aferição em consultório são $\leq 120/80$ mmHg e nas demais aferições (ambulatoriais e residenciais) coincidem com o valor de normalidade. Já o estado de pré-hipertensão é caracterizado de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. Considera-se então HAS medidas em que a PAS ≥ 140 mm Hg e/ou PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3⁽⁵⁾.

No que se refere ao desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares, a HAS contribui direta ou indiretamente em pelo menos 50% das mortes por estas doenças. Assim, o cuidado é fundamental para o tratamento e não agravamento da doença. Para isso ações de mudança e promoção a saúde devem ser voltadas para o combate fatores de risco modificáveis como excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, alimentação saudável bem como deve-se considerar toda condição genética e socioeconômica no tratamento da HAS^(1,4).

Pensando na resolutividade eficaz, preventiva e na tentativa de controle das DCNT, uma abordagem com olhar amplo alinhada ao conhecimento da coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, é um grande desafio ao sistema de saúde, especialmente a atenção básica ⁽⁶⁾. Com objetivos de melhorar a eficácia de atendimento, e que este seja feito de forma segura perante as DCNT, foi desenvolvido em 2011 o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, por Eugênio Vilaça Mendes⁽⁷⁾.

Uma das mais importantes mudanças na atenção à saúde, exigida pelo modelo, é a transição da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa. Entre os diversos desafios gerados pela alta prevalência da HAS e seus agravos, destaca-se a falta de estrutura adequada para atender às necessidades individuais e integrais dos pacientes na maior parte dos serviços de Atenção Primária à Saúde^(8,9).

Nessa perspectiva, o princípio fundamental para a concretização de uma atenção à saúde mais voltada para as carências dos indivíduos, direciona-se para um cuidado que forneça informação oportuna, apoio e monitoramento, que favoreça a adesão e reduza o ônus das condições crônicas que resulte em melhor qualidade de vida às pessoas. Dentro desse processo é fundamental detectar e agir perante sinais que a pessoa apresenta em relação às mudanças de comportamento e estilo de vida, bem como ambiguidades e incertezas sendo direcionamento para reconhecimento de demandas e necessidades, favorecendo então o desenvolvimento de habilidades para os cuidados necessários à saúde^(10, 11).

Inserido nesse contexto o conceito de autocuidado, sendo uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. O processo de autocuidado envolve um processo decisório que sofre interferências diretas e indiretas, sendo baseado em decisões gerais de saúde. Nesse sentido, esse processo inclui então a capacitação do paciente hipertenso para o autocuidado, incluindo então medidas adesão ao tratamento farmacológico, modificações no estilo de vida, tomada de decisão, monitorização e engajamento no manejo de complicações⁽¹²⁻¹³⁾.

Pensando nessa demanda das condições de saúde do paciente hipertenso, faz-se necessário a identificação das necessidades de autocuidado e às capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado, tendo em vista todas as questões de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Com isso o apoio ao autocuidado por parte do profissional tem total relevância dentro do momento das DCNT. Assim, a mensuração do autocuidado é de extrema importância e pode ser feita por meio de escalas que avaliam comportamentos adequados ou não⁽¹³⁾.

Diante disso, as ações de cunho necessário para mudança na carga das DCNT levantadas pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas corroboram com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT no Brasil, no período de 2011 a 2022, estas pleiteiam que se tenham intervenções de natureza educativa e de apoio ao autocuidado, como o apoio aos comportamentos de busca por uma alimentação saudável pelos idosos para o

controle da obesidade, com vistas ao envelhecimento ativo. Contudo, sabe-se que a implementação desse modelo no Brasil, ainda está muito incipiente e a busca por evidências nacionais que retratem os resultados da prática de um dos seus principais pilares⁽⁷⁾.

Neste sentido, a justificativa deste estudo baseia-se na necessidade sistemática de avaliação do processo de autocuidado de pacientes hipertensos, visto que a HAS não controlada contribuiu para maior morbimortalidade da população. Ainda, a relevância desse estudo é voltada para elucidações que direcionem planejamento do cuidado visando necessidades específicas.

Assim, considerando a importância da HAS na atual carga de DCNT e diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar a relação do autocuidado com controle clínico da saúde de hipertensos no contexto da atenção primária à saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa observacional, de caráter transversal, desenvolvido em âmbito da Atenção Básica em Ceilândia, uma cidade satélite do Distrito Federal, sendo escolhidos duas Unidades Básicas de Saúde para a coleta de dados. Ceilândia é a região administrativa mais populosa do Distrito Federal, com renda per capita estimada em R\$915,81, sendo que em 2015 a população estimada pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios foi de 498.351 habitantes⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados foi realizada entre Dezembro de 2017 e Abril de 2018 nas duas unidades básicas, ambas passavam por um momento de transição na cultura organizacional entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família, essa última instituída como eixo ordenador da atenção à saúde da região ⁽¹⁵⁾.

Nesse período, para seleção da amostra inicialmente foi realizada a revisão das fichas individuais de Cadastro na Atenção Básica no qual foram selecionados de forma aleatória pacientes que auto referiram possuir HAS sendo utilizados como critérios de inclusão pessoas com o diagnóstico de HAS, idade acima de 18 anos, disponibilidade de locomoção para realização dos exames solicitados e que não estivessem hospitalizados. Foram excluídas pessoas que apresentaram alguma restrição física ou mental. Por fim, a casuística foi composta por 179 pacientes sendo a coleta de dados previamente agendada pelo Agente Comunitário de Saúde.

A coleta de dados foi realizada em sala privativa, com balança antropométrica, utilizando-se instrumento semiestruturado contendo variáveis clínicas e a *Escala de*

Autocuidado de Hipertensão versão Brasileira (EAC-HI), com duração média de 45 minutos e no momento em que compareciam foram convidados a participar do estudo. Para os concordantes, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e assinatura.

O instrumento de coleta foi previamente submetido à avaliação aparente e de conteúdo por profissionais. A primeira parte do instrumento inclui de dados sociodemográficos, dados antropométricos como peso, altura e circunferência abdominal, também dados clínicos obtidos através de anamnese e exame físico de como pressão arterial, palpação de pulsos, histórico familiar, comorbidades entre outros.

Para a avaliação do autocuidado propriamente dito foi utilizado *Escala de Autocuidado de Hipertensão versão Brasileira (EAC-HI)*. A escala contém um total de 24 itens sendo divididos em três seções com respostas em uma escala do tipo Likert. O cálculo da pontuação obtida foi realizado individualmente para cada subescala, sendo considerado um autocuidado adequado aquele que possui pontuações maiores ou iguais a 70, sabendo que as pontuações variam de 0 a 100⁽¹³⁾.

A primeira seção refere-se a escala de manutenção do autocuidado referente a rotina de cuidados, com respostas que variam de 1 a 5 (ex.: Raramente a Diariamente). A segunda seção refere-se a medidas de manejo do autocuidado durante a descompensação pressórica, com questões que variam em dois tipos de respostas, de 0 a 5 (ex.: Não tive problemas a Reconheci imediatamente) e os demais itens com respostas de 1 a 5 (ex.: Improvável a Muito Provável). Já a última seção avalia o grau de confiança do paciente referente a sua condição com respostas variantes de 1 a 5 (ex.: Não confiante a Extremamente confiante) ⁽¹³⁾.

Cabe salientar que o estudo compõe um projeto primário intitulado “O autocuidado apoiado na qualificação do atendimento às pessoas em condições crônicas” pautado na Resolução 446/2012 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB), com aprovação a partir do parecer 1645.880, CAAE:57727116.3.0000.0030, em 23 de julho de 2016. Os dados foram duplamente digitados e validados no programa *Microsoft Excel*. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão, mediana e intervalo (percentil 25 e 75). As variáveis numéricas foram submetidas aos testes de Komolgorov-Smirnov e Levene para verificar, respectivamente, a distribuição normal e a homogeneidade das variâncias. As correlações entre as variáveis numéricas foram investigadas por meio do coeficiente de

correlação de Spearman. Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos, foi utilizado o teste t Student. As diferenças foram consideradas significativas, quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05.

Resultados

A análise dos dados de 179 pacientes evidenciou que a idade média da amostra foi de 60,7 anos (DP=12) com predominância do sexo feminino (77,1%). A média geral de peso corporal foi de 75,45 Kg, sendo que a média do IMC foi de 29,8 Kg/m² (DP=8,1), valor esse que se enquadra a média da amostra na categoria de sobrepeso. Ainda têm-se 39,66% de pacientes obesos, que em sua maioria (87,3%) são do sexo feminino. A média de circunferência abdominal foi de 96,9 cm.

As pressões sistólica e diastólica e suas respectivas médias, 133,2 e 82,8, foram analisadas nesse estudo e, classificadas de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, perante medição casual durante a realização da aplicação do instrumento. Esta, evidenciou que 33,52% dos pacientes se encontravam no momento com a pressão dentro do padrão da normalidade. Ainda, 31,84% encontravam-se no estágio de pré-hipertensão, que são considerados valores limítrofes de pressão arterial seguido de 26,6% dos pacientes no estágio 1. Em menores taxas, 4,47% dos pacientes foram classificados em estágio 2 e apenas 3,91% dos pacientes encontravam-se em estágio 3 no qual refere-se a valores mais elevados de pressão arterial.

Na avaliação do autocuidado, o cálculo da pontuação obtida evidenciou a prevalência de um autocuidado insuficiente. Destaca-se que a subescala de manutenção obteve média de pontuação insuficiente (66,4). Ainda a subescala relativa ao manejo da HAS obteve média ainda menor (59,9). Contraditoriamente, a subescala de confiança obteve maior índice sendo considerada suficiente (82,2). A tabela 1 descreve de forma completa a avaliação dos itens da escala *EAC-HI*. Observa-se que comparecer as consultas com profissionais de saúde e tomar os medicamentos tiveram as maiores médias nas respostas (4,64 e 4,56, respectivamente). Em contrapartida os itens referentes a prática de exercício físico semanais tiveram as menores médias (2,27 e 2,77).

Tabela 1 - Avaliação dos itens da Escala de Autocuidado de Hipertensão- Versão Brasileira (EAC- HI) na amostra estudada (n=179). Distrito Federal (DF), 2018.

Itens da EAC- HI	Média *(†DP)	1 ° quartil	Mediana	3° quartil
ESCALA MANUTENÇÃO – Com que frequência você segue essas orientações?				

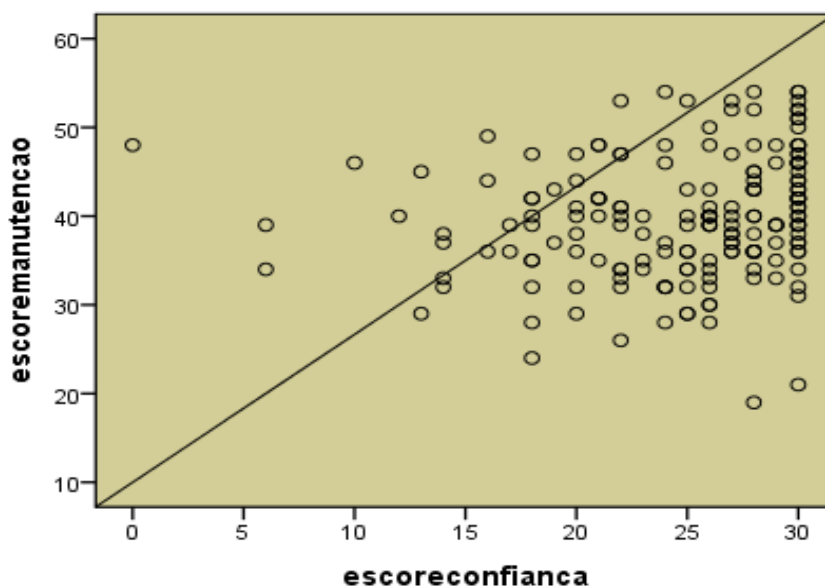
1.Verifica a sua pressão arterial?	2,77 ± 1,28	2,0	3,0	4,0
2.Faz refeições ricas em frutas e vegetais?	3,77 ± 1,37	3,0	4,0	5,0
3.Faz alguma atividade física (Ex.: atividade doméstica, cuidar do jardim, caminhar no pátio, etc ..)	2,77 ± 1,67	1,0	3,0	4,0
4.Comparece as consultas com médicos ou enfermeiros ?	4,64 ±1,037	5,0	5,0	5,0
5.Faz refeições com pouco sal?	3,96 ± 1,34	3,0	5,0	5,0
6.Exercita-se por 30 minutos? (1 = 0 x semana; 2 = 1x na semana; 3= 3-4x na semana; 4= 5-6x na semana; 5=7x na semana)	2,27 ±1,53	1,0	1,0	3,0
7.Toma seus medicamentos	4,56 ±0,91	5,0	5,0	5,0
8.Pede alimentos com pouco sal quando come fora ou visita outra pessoa ?	2,84 ± 1,69	1,0	3,0	5,0
9.Usa um sistema (caixa de comprimidos,lembretes) para ajuda-lo a lembrar de tomar seus medicamentos?	2,23 ± 1,74	1,0	1,0	5,0
10. Limita o consumo de álcool?	3,70 ± 1,80	1,0	5,0	5,0
11. Faz refeições com pouca gordura saturada e colesterol?	3,51 ± 1,41	2,0	4,0	5,0
12.Tenta perder peso ou controlar peso?	2,87 ± 1,69	1,0	3,0	5,0
ESCALA MANEJO - Entre aqueles que a pressão arterial no passado ficou fora do controle				
13.Com que rapidez reconheceu que sua PA estava elevada	2,93 ± 2,34	0	5,0	5,0
Se a sua pressão subir qual a probabilidade de tentar uma dessas medidas?				
14.Reduzir o sal da sua dieta	3,61 ± 1,72	1,0	5,0	5,0

15.Reduzir o seu nível de estresse	3,14 ± 1,75	1,0	3,0	5,0
16.Tomar um comprimido extra para pressão arterial	2,36 ± 1,82	1,0	1,0	5,0
17.Ligar para o seu médico ou enfermeiro, ou procurar algum serviço de saúde para pedir orientação	2,69 ± 1,84	1,0	2,0	5,0
18.Pense em uma medida que você tentou na última vez em que a sua pressão arterial subiu...				
Qual a sua certeza de que essa medida ajudou ou não ajudou?	3,13 ± 2,22	0,0	5,0	5,0
ESCALA CONFIANÇA- Em geral qual a sua confiança em conseguir?				
19.Manter a sua pressão arterial sob controle?	4,17 ± 1,34	4,0	5,0	5,0
20.Seguir as orientações sobre o tratamento que recebeu?	4,31 ± 1,13	4,0	5,0	5,0
21.Avaliar a importância das alterações na sua pressão arterial?	4,31 ± 1,25	4,0	5,0	5,0
22. Reconhecer alterações na sua saúde caso elas ocorram?	4,15 ± 1,38	4,0	5,0	5,0
23.Fazer alguma coisa para baixar a sua pressão arterial?	3,83 ± 1,53	3,0	5,0	5,0
24.Avaliar o quanto uma medida funciona?	3,89 ± 1,59	3,0	5,0	5,0

*Média de respostas a adesão as atividades do autocuidado da escala de Likert (1 a 5); †DP: desvio-padrão. Fonte: Dados do estudo, 2018.

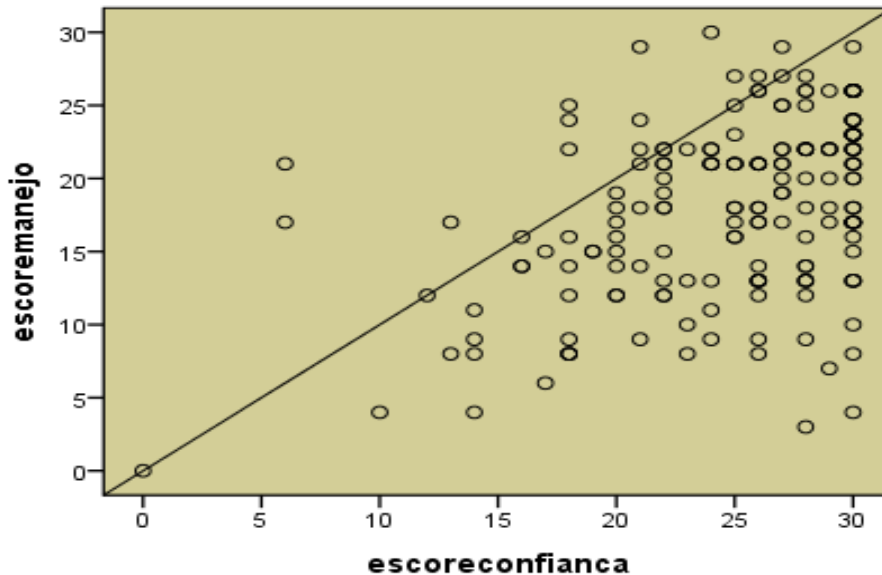
Observou-se uma correlação positiva entre as subescalas de manutenção e confiança (r: 0,238; p: 0,001) (Figura 1). Ainda, no que se refere a confiança e manejo observa-se no gráfico apresentado na Figura 2, uma correlação positiva ainda mais forte entre as duas subescalas para aqueles que tiveram a pressão arterial fora do controle (r: 0,363; p: < 0,001).

Figura 1 – Gráfico com a relação entre a subescala de manutenção e subescala de confiança referente ao autocuidado. Distrito Federal, 2018



Fonte: Dados do estudo, 2018.

Figura 2– Gráfico com a relação entre a subescala de manejo e subescala de confiança referente ao autocuidado. Distrito Federal, 2018.



Fonte: Dados do estudo, 2018.

Com relação a história clínica e fatores de risco, autorrelatados, destacam-se os altos valores de pacientes que relataram antecedentes familiares cardiovasculares (81,5%) e ainda a prevalência do sedentarismo da amostra estudada (62,6%). Na identificação de comorbidades e fatores de risco prévios na amostra, identificou-se a prevalência de duas comorbidades simultâneas a HAS que servem de alerta para a perfil de risco da amostra estudada, sendo elas

o Diabetes Mellitus em 46,9% da amostra, seguida de Dislipidemia presente em 43,6% da amostra.

Em relação as variáveis clínicas, ao realizar as correlações para um $p < 0,05$, conforme a Tabela 2, verificou-se que a idade se correlacionou fraca e diretamente ($p = 0,034$) com a dimensão de refeições com pouca gordura saturada. Ainda, observa-se a correlação fraca e inversa da idade com a tentativa de perder ou controlar o peso ($p = 0,007$). Ao se tratar da relação entre Pressão Sistólica e a dimensão de refeições com pouco sal nota-se uma correlação fraca e inversa ($p = 0,044$).

Referente a variável IMC, percebe-se a correlação fraca e inversamente às dimensões de prática de atividade física ($p = 0,042$) e a exercícios físicos durante a semana com no mínimo 30 minutos de duração ($p = 0,015$). Destaca-se também a correlação direta e de fraca magnitude relacionado a tentativa de perda e controle de peso e o IMC ($p = 0,024$)(Tabela 2).

Tabela 2 - Relação das variáveis clínicas com as atividades de autocuidado na amostra estudada (n=179). Distrito Federal, 2018

Escala de Manutenção do Autocuidado																								
Escore das variáveis	1.Verifica a sua pressão arterial?		2.Faz refeições ricas em frutas e vegetais?		3.Faz alguma atividade física (Ex.: atividade doméstica, etc)		4.Compara as consultas com médicos ou enfermeiros ?		5.Faz refeições com pouco sal?		6.Exercita-se por 30 minutos?		7.Toma seus medicamentos		8.Pede alimentos com pouco sal quando come fora ou visita outra pessoa ?		9.Usa um sistema para ajuda-lo a lembrar de tomar seus medicamentos?		10. Limita o consumo de álcool?		11. Faz refeições com pouca gordura saturada e colesterol ?		12.Tenta perder peso ou controlar peso?	
	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†	Est atís *	p-val or†
Idade	0,71	0,345	0,37	0,627	-0,004	0,959	0,120	0,108	0,031	0,676	0,031	0,682	0,073	0,329	0,055	0,466	0,072	0,332	0,048	0,523	0,158	0,034	- 0,201	0,007
PS	0,128	0,88	0,032	0,670	0,128	0,88	0,012	0,878	- 0,150	0,044	0,069	0,359	-0,004	0,953	-0,083	0,271	-0,050	0,506	-0,046	0,541	-0,056	0,458	-0,011	0,882
PD	-0,002	0,979	-0,002	0,979	0,086	0,254	-0,072	0,341	-0,039	0,608	-0,026	0,730	0,005	0,948	-0,114	0,129	-0,036	0,631	0,064	0,396	-0,078	0,296	0,089	0,237
IMC	0,022	0,769	0,106	0,159	- 0,152	0,042	-0,013	0,860	0,011	0,883	- 0,182	0,015	-0,015	0,837	0,098	0,192	0,014	0,847	0,021	0,783	0,059	0,431	0,168	0,024
Cir. Abdominal	0,002	0,981	-0,017	0,821	-0,134	0,074	0,025	0,074	0,032	0,675	-0,084	0,265	0,057	0,450	0,006	0,937	0,087	0,246	0,006	0,936	0,024	0,747	0,102	0,176

Para as variáveis de natureza nominal, verificou-se diferença significativa na subescala de manutenção e o sedentarismo, sendo menor os escores de manutenção da saúde entre àqueles hipertensos que relataram ser sedentários. Relativo ao manejo, observou-se que as pessoas com IMC maior ou igual a 30, com histórico de Infarto Agudo do Miocárdio apresentaram maiores escores ao manejarem sua saúde diante da elevação da pressão arterial, no passado. E, contraditoriamente àqueles sem dislipidemia também apresentaram maiores escores na subescala do manejo. Em relação a confiança, não houve diferença significativa entre as variáveis nominais estudadas.

Tabela 3 – Relação dos fatores de risco e história clínica com as atividades de autocuidado na amostra estudada (n=179). Distrito Federal, 2018

Escore das variáveis	Autocuidado					
	Escala Manutenção		Escala Manejo		Escala Confiança	
	Média (DP)*	p-valor†	Média (DP)*	p-valor†	Média (DP)*	p-valor†
Sexo						
Masculino	40,2 (7,1)	0,45	17,0 (5,8)	0,44	24,8 (5,8)	0,77
Feminino	39,7 (6,7)		18,1 (6,0)		24,5 (5,3)	
Homem > 55 anos ou Mulher > 65 anos						
Sim	39,8 (7,2)	0,23	17,5 (6,3)	0,86	24,4 (5,5)	0,52
Não	40,2 (6,3)		17,9 (5,8)		24,7 (5,6)	
Antecedentes familiares cardiovasculares						
Sim	40,0 (6,7)	0,88	18,0 (5,9)	0,37	24,6 (5,5)	0,88
Não	39,6 (7,2)		17,0 (6,3)		24,2 (4,8)	
Diabetes Mellitus						
Sim	40,7 (5,9)	0,07	17,3 (6,1)	0,77	25,2 (5,7)	0,77
Não	39,1 (7,4)		18,3 (5,8)		24,1 (5,0)	
IMCT ≥ 30						
Sim	39,3 (5,9)	0,45	19,5 (5,5)	<0,00	25,6 (4,6)	0,07
Não	40,1 (7,0)		16,8 (6,1)		24,0 (5,8)	
Circunferência Abdominal						
Homem > 102 cm ou Mulher > 88 cm						
Sim	40,36 (6,4)	0,09	17,8 (5,9)	0,45	24,7 (5,4)	0,96
Não	38,0 (7,9)		18,02 (6,4)		24,0 (5,5)	
Histórico de IAM*						
Sim	40,5 (8,3)	0,1	18,4 (7,9)	0,04	24,3 (7,7)	0,16
Não	39,9 (6,4)		17,5 (5,7)		24,5 (5,1)	

Insuficiência Cardíaca Congestiva						
Sim	40,5 (6,7)	0,84	19,8 (7,9)	0,1	24,6 (7,8)	0,09
Não	39,9 (6,7)		17,4 (5,8)		24,5 (5,2)	
Acidente Vascular Cerebral						
Sim	38,1 (6,8)	0,61	19,6 (6,1)	0,86	24,8 (5,6)	0,6
Não	40,2 (6,7)		17,4 (6,0)		24,5 (5,5)	
Dislipidemia						
Sim	39,8 (6,8)	0,76	16,0 (6,3)	<0,00	24,3 (5,8)	0,7
Não	40,1 (6,6)		18,9 (5,4)		24,7 (5,2)	
Sedentarismo						
Sim	38,2 (5,9)	<0,00	18,0 (6,0)	0,64	25,0 (6,4)	0,46
Não	42,6 (7,2)		17,6 (5,9)		24,4 (4,7)	
* Desvio padrão; † Significância estatística (p<0,05); IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; FIMC: Índice de Massa Corporal						

Fonte: Dados do estudo, 2018.

Discussão

Na avaliação do autocuidado o item com maior média dentro da subescala de manutenção é referente a assiduidade às consultas com os profissionais de saúde e a ingestão de medicamentos. Comportamento esse que, quando equiparado a um estudo realizado com hipertensos de nível ambulatorial, reflete a conscientização da amostra em relação a serem portadores de uma condição de saúde que necessita de atenção e o desejo de se tratar. Esse resultado está em conformidade também no que tange a relação com a taxa de controle da pressão arterial visto que a amostra evidenciou um maior quantitativo de pacientes dentro dos valores pressóricos normais (33,52%) e limítrofes (31,84%)⁽¹⁶⁾.

A alta média de adesão ao tratamento medicamentoso corrobora com questão levantada em uma outra literatura que descreve os fatores relacionados à adesão do tratamento da HAS. Estudo realizado com pacientes hipertensos, cadastrados no programa de assistência ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família de Monte Verde Paulista-SP encontrou uma correlação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a capacidade para o autocuidado, relacionando essa adesão ao acesso aos medicamentos como um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante no seguimento do tratamento prescrito⁽¹⁷⁾.

Sabe-se que os pacientes da amostra do presente estudo se encontravam assistidos por unidades básicas em momentos de transição do modelo organizacional, sendo que o novo modelo compõe-se como uma estratégia que apresenta resultados melhores quanto à integralidade da atenção e ao contato por ações programáticas, o que pode ser relacionado a alta

adesão bem como reflete a capacidade do modelo de atenção instituído recentemente na realidade dos pacientes da amostra⁽¹⁸⁾.

No que se refere ao cálculo de suficiência do autocuidado referente a manutenção, os pacientes demonstraram média de pontuação abaixo do adequado. Assim, mesmo com boa assiduidade e acesso aos serviços, a manutenção da saúde encontra-se inadequada e insuficiente. Fato esse reflete-se na média de respostas referente a atividades e exercícios físicos, (2,77 e 2,27 respectivamente) bem como valores médios de IMC ≥ 25 Kg/m² indicativos de sobrepeso⁽¹⁹⁾prevalente na amostra.

O Ministério da Saúde refere que o IMC normal de um idoso deve variar de >22 a <27 kg/m² assim a amostra, que tem como média de idade uma população idosa, foge da recomendação. Sabe-se que envelhecimento está associado ao aumento da massa gordurosa e mudanças no seu padrão de distribuição, esse fato intensifica a necessidade de atenção referente ao excesso de peso da população visto que, encontrada a correlação inversa entre idade e tentativa de controle de peso evidencia que a amostra com o avançar da idade diminui o controle e tentativa de perda de peso^(19,20).

Além disso, um fato positivo relacionado a manutenção do autocuidado refere-se à correlação direta entre o avançar da idade e o controle de consumo de gordura saturada e colesterol. De um modo geral, sabe-se que a base fisiopatológica para a maioria dos eventos cardiovasculares é a aterosclerose, a partir do resultado da correlação evidencia-se então a conscientização da população idosa no que se refere a uma dieta com baixo teor de gordura e ainda com controle do sal, bem como é enfatizado na literatura para controle da saúde^(5, 21).

Nota-se que, os pacientes considerados obesos mantêm uma correlação inversa referente a prática de atividades e exercícios físicos e curiosamente uma correlação direta referente a tentativa de perda de peso. Um estudo longitudinal realizado com pacientes obesos que buscaram o tratamento nutricional para perda de peso, procurou identificar aspectos comportamentais e sociais envolvidos na dificuldade em perder peso e mantê-lo a longo prazo. Este, verificou que um dos principais motivos para a procura de tratamento da obesidade foi em virtude das consequências na saúde que o estado de excesso de peso trouxe. Porém amostra manteve alguns comportamentos que dificultam a perda de peso, não havendo também modificações importantes na prática de atividade bem como na amostra do presente estudo⁽²²⁾.

Resultado esse, que chama atenção para a necessidade de afirmação para com os pacientes hipertensos por parte da equipe profissional de que, o excesso no acúmulo de gordura tem relação direta ao estilo de vida sedentário e que o sucesso em longo prazo depende de

constante vigilância na adaptação do nível de atividade física e de controle alimentar, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitorização. Sabendo que a perda de peso e a manutenção do mesmo dependem muito da forte motivação pessoal sendo um ponto que deve ser explorado de forma mútua entre paciente e profissionais^(19,23,24).

Na amostra estudada evidenciou-se que quanto maior a confiança na auto-gestão da saúde, maior é a adoção dos cuidados relativos a manutenção da pressão arterial, tendo ainda correlação direta mais expressiva no que se refere ao manejo, sendo que quanto maior a confiança, maiores são as ações de manejo para controle da pressão. Com isso, viu-se que a subescala de confiança se manteve acima da média sendo considerada em um nível suficiente de autocuidado. Entretanto, de modo geral, existe uma lacuna no que diz respeito aos resultados sobre a manutenção da saúde, visto que a subescala referente a manutenção teve seu escore abaixo do considerado suficiente, o que evidencia a dificuldade de gestão adequada mesmo com um grau de confiança elevado, isso que na literatura é descrito como o vazio entre aprender e aprender o autocuidado⁽²⁵⁾.

Em estudo exploratório realizado em Portugal, na temática de autocuidado, ao qual se utilizou escala semelhante para avaliação do autocuidado em doenças cardiovasculares, obteve-se resultado que se assemelha com o presente estudo em relação a avaliação da confiança da amostra, no qual obteve escore com maior significância porém contradizendo resultados negativos relacionados a autogestão e manejo da saúde, evidenciando o vazio existente entre confiança e ações de cuidado efetivos⁽²⁶⁾.

A subescala de manejo relacionou-se a medidas que pessoas com HAS utilizaram no passado para diminuir a pressão em momentos em que a mesma fugiu de controle, essa, que quando avaliada sozinha, demonstrou índice inadequado. Correlações diretas mostram que aqueles que possuem histórico clínico como Infarto Agudo do Miocárdio, diagnóstico de dislipidemias e obesidade mantém um melhor manejo das condições. Seguindo essa linha, a correlação inversa entre aqueles que possuem a pressão sistólica elevada e que dizem reduzir o sal, na escala de manutenção, pode ser considerada um aspecto positivo. Isso por que melhores escores referentes ao manejo de condições referem a tentativa de uma melhor qualidade de vida e controle, pela amostra que vivencia situações clínicas preocupantes, ainda que sucinta e sem efeito aparente.

Assim, o fato do autocuidado estar deficiente contrapõe-se a correlação direta com a confiança, reforçando a necessidade do conhecimento por parte do profissional para como o doente crônico aprende a se cuidar visando o preenchimento de lacunas que ainda impedem

aplicação prática do autocuidado efetivo^(25,26). Nessa categoria chama-se atenção para a média de pontuação referente à procura do serviço de saúde para orientações. A manutenção desse sistema de apoio às pessoas com hipertensão favorece a perpetuação de conhecimentos e habilidades que facilitem o manejo da condição crônica pela pessoa que a possui, passando a ser considerada como agentes de seu próprio cuidado.

Atenta-se para as características agravantes da amostra, no qual possui como comorbidades prevalentes Diabetes Mellitus e Dislipidemia. Essas, juntamente com a HAS, e associadas ao sobrepeso ou obesidade e a fatores familiares antecedentes aumentam o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Assim a amostra demonstra a necessidade de atenção para o incentivo a mudança de estilo de vida, que requer um sistema de autoajuda permanente visando hábitos que se mostram enfraquecidos como prática de atividade física e melhor controle de peso corporal, buscando produzir benefícios clinicamente significativos^(10, 19,27).

Destacam-se como limitações estudo: a lacuna referente a observação de dados socioeconômicos visto que esses afetam diretamente as ações de manutenção e manejo do autocuidado; a escassez de estudo que utilizaram especificamente da escala de autocuidado em hipertensão a nível nacional. Em contrapartida, a análise feita da amostra revela lacunas a serem preenchidas para o desenvolvimento de ações que visam ao autocuidado em hipertensos, bem como avanço científico no uso de escalas para avaliação.

Conclusão

Na avaliação do autocuidado em hipertensão, a análise da amostra revelou um cuidado incipiente e ainda insatisfatório no que se refere a manutenção e manejo da saúde, principalmente no que se refere a prática de atividade física e controle de peso. Em contrapartida viu-se que há tentativas de melhoria de controle da saúde visando um melhor regime alimentar, ainda que frágil.

Nesse sentido, evidenciou-se uma tendência no sentido de que quanto maior a confiança da pessoa com hipertensão em cuidar da sua saúde maior a manutenção e adoção de comportamentos saudáveis e melhor o manejo diante de um quadro de elevação da pressão arterial. E, que apesar de uma correlação fraca ao avaliar-se a adoção dos principais comportamentos recomendados para o controle da hipertensão constatou-se que quanto maior a idade maior a adoção de uma alimentação com pouco sal. No entanto, quanto menor a idade mais preocupa-se em perder e controlar o peso. Em concordância com este achado quanto menor o IMC mais realiza-se atividade física no geral e pratica-se exercício físico por semana.

Contudo, contraditoriamente as pessoas com hipertensão com maior massa corporal, apesar de praticar menos exercício físico, tenta perder peso. Além disto, ratificando os resultados encontrados os hipertensos autorretratado como sedentários apresentam uma manutenção menor da sua saúde, na análise do escore geral.

Assim a amostra revela a necessidade de aumentar a motivação e apoio a adoção de práticas e estratégias que possam melhorar o autocuidado, sobretudo no que tange a prática de exercícios físicos entre os com mais idade e com maior massa corporal; bem como na adoção de uma alimentação mais saudável relativa ao controle da hipertensão, de forma a contribuir para melhores resultados clínicos. Além do que é notório que a estimulação da autoconfiança das pessoas com hipertensão repercutirá positivamente no controle e manutenção da sua saúde.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não transmissíveis. [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento CD52/8, Rev. 1) Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4400/CD52_7por.pdf?sequence=4
2. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 Dec;18(suppl 2):3–16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&tlng=pt
3. Maria G, Oliveira M De, Mendes M, Vinícius M, Malachias B, Morais J, et al. Artigo Especial 2017 : Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. 2017;389–96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001400389&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170165>.
4. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2016; 107 (3 Suppl 3): 1-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160151>
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. 2016;107. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2014. 162 p.

Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Aug;15(5):2297–305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. 515 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
9. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(1):71-8. doi : <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690111i>
10. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2006;14(5):728–34. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2355>
11. Coelho ACM, Boas LCGV, Gomides D dos S, Foss-Freitas MC, Pace AE. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. Texto e Context Enferm. 2015;24(3):697–705. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-2015000660014.pdf
12. Galvão MT dos RLS, Janeiro JM da SV. Self-Care In Nursing: Self-Management, Self-Monitoring, And The Management Of Symptoms As Related Concepts. Reme Rev Min Enferm [Internet]. 2013;17(1):225–30. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20130019>
13. Silveira LCJ. Adaptação Transcultural E Fidedignidade Da Self- Care of Hypertension Index Para Uso No Brasil. 2015;1–80. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129636/000971728.pdf?sequence=1>
14. Secretária de Estado de Planejamento, orçamento e Gestão. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por amostra de domicílios-Ceilândia. Brasília, 2015. Available from: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Ceil%C3%A2ndia-1.pdf>
15. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 2017 fev. 14; Seção 1. p. 4. 2017b. Available from: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf
16. Coelho EB, Neto MM, Palhares R, Camila M, Cardoso DM, José T, et al. Relationship between Regular Attendance to Ambulatory Appointments and Blood Pressure Control among Hypertensive Patients. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2005 Set ; 85(

- 3): 157-161. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001600002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005001600002>.
17. Paula A, Allana G, Alves S, Oller DO, Pompeo DA, Eid LP, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. 23(2):76–80. Available from:
<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/263/199>
 18. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 May ; 21(5): 1499-1510. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
 19. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. . 188p. - São Paulo, SP. Available from: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>
 20. Santos RR dos, Bicalho MAC, Mota P, Oliveira DR de, Moraes EN de. Obesity in the elderly. Rev Médica Minas Gerais [Internet]. 2013;23(1):64–73. Available from:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2238-3182.20130011>
 21. Santos R.D., Gagliardi A.C.M., Xavier H.T., Magnoni C.D., Cassani R ., Lottenberg A.M.P. et al . I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2013 ; 100(1 Suppl 3): 1-40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000900001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2013000900001>.
 22. Maur J, Souza B De. Obesidade e tratamento : desafio comportamental e social. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 59-67, jun. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007&lng=pt&nrm=iso>.
 23. Paula A, Oliveira V, Marques M. Factors that difficult the loss of weight in obese women of degrees I and II. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2014 Jun; 6(1): 74-82. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100010&lng=pt.
 24. de Andrade Amorim DC, Morais Coutinho C, Suely Palmeira C. Treatment Adherence of People With Overweight. J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE [Internet]. 2016;10:4788–96. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=120397830&site=ehost-live>

25. Yera-Casas AM, Mateos-Higuera Del Olmo S, Ferrero-Lobo J, Páez-Gutiérrez TD. Enfermería Clínica. Publisher: Elsevier. 2009 Jul-Aug; Vol. 19 (4), pp. 191-8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-evaluacion-intervencioneducativa-al-paciente-13140228>
26. Marques M do C, Lopes M, Rebola E, Pequito T. Self-Care In Patients With Heart Failure Rev Ibero-Americana Saúde e Envelhec. 2016;2(1):439–52. Available from: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/127
27. Melo ME. Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), São Paulo (SP); 2010. Available from: <http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20e%20Doencas%20associadas%20maio%202011.pdf>

Anexo 1 - Normas da revista adotada para publicação – Revista Latino-Americana de Enfermagem

1518-8345



ISSN 1518-8345 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Política Editorial](#)
- [Informações Gerais](#)

Política Editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão Sistemática e Cartas ao Editor. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (*peer review*) preservado o anonimato dos autores e revisores.

A revista Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>).

A RLAE segue o código de conduta ética em publicação recomendado pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

Todos os artigos devem ser encaminhados a revista com a cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em casos de pesquisas com seres humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos tipo ensaio clínico deve ter o número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) o qual deve ser enviado a revista. Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) em português ou inglês ou espanhol e destinados exclusivamente para a RLAE. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RLAE considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pela revista para detecção de plágio.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração, assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para RLAE na submissão do manuscrito. Todos os autores devem informar o seu número de registro ORCID (<http://orcid.org>).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro)

Nome e sobrenome. O autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro no ORCID.

Correspondência. Deve constar o nome e endereço completo do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição. Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo a Revista Latino-Americana de Enfermagem por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por todos os autores ([Download](#)).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à RLAE. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais. São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Artigos de revisão. Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor. Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

Processo de julgamento

Os artigos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação são enviados à pré-análise feita pelo Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação ou recusa do artigo caso ele não contemple o escopo do periódico, seja novo, verdadeiro e contribua para o avanço do conhecimento científico. Uma vez aprovado na pré-análise o manuscrito é enviado ao Editor Associado para seleção de

consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe o qual com base nas avaliações feitas pelos consultores e pelo Editor Associado decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Custos de publicação

Os custos de publicação para o autor são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos custos de tradução do artigo para a publicação em três idiomas.

Taxa de submissão

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação dos consultores, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores. Valor da taxa de submissão: R\$300,00 (trezentos reais) por artigo.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 028-0 Conta Corrente: 130.151-9

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

- Guias para apresentação do texto

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence ([SQUIRE 2.0 – checklist](#)).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ ([checklist](#)).

Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

- Preparo do artigo

Estrutura

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão

- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.

Quantidade de palavras

- . Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.
- . Cartas ao Editor: 500 palavras
- (na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências)

Formatação

- . Arquivo no formato Word, papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3" x 11,7")
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1")
- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx, ou .rtf
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples
- . Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word

Título

- . Conciso e informativo com até 15 palavras.
- . Somente no idioma em que o artigo dor submetido
- . Utilizar negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Resumo

O resumo deve ser estruturado em: Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Redigido em parágrafo único, em até 200 palavras.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O *Método* deve conter o tipo de estudo, amostra, variável(is), instrumento(s) e o tipo de análise. Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico*s devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Descritores

- . Descritores em português, inglês e espanhol. Selecionados da lista do *Medical Subject Headings* ([MeSH](#))
- . Devem ser incluídos 6 descritores separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: subseções, Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção.

Método

Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos.

Resultados

Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

Discussão

Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos

Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico.

Conclusão

Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências.

Tabelas

Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:
participantes do estudo, variáveis, local e período da coleta de dados.

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Cabeçalho

- . Negrito
- . Sem células vazias

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Fonte da tabela

Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários

Notas de rodapé da tabela

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡

Valores monetários

Apresentados em dólares ou em salários mínimos no país da pesquisa e 33

na época da coleta de dados. Apresentar data e cotação em nota de rodapé .

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter, Recuos utilizando a tecla Tab, Espaços para separar os dados; Caixa alta; Sublinhado; Marcadores do MS Word; Cores nas células;

Tabelas com mais de uma página

- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Figuras

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

- . Localizado abaixo da figura

Resolução

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)

Figuras: Quadros

- . Contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Figuras: Gráficos

- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Figuras: Desenhos, esquemas, fluxogramas

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Figuras: Fotos

- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em preto e branco e não em cores
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Citações no texto

Formatação

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12)
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência
- . Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)
- . Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

Local de inserção

- . quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações "ipsis literes"

- . entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto

Itens não permitidos

- . espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
- . indicação da página consultada
- . nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico

Falas de participantes

- . Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na sequência do texto
- . Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé

- . No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
- . Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

- Referências

- . Estilo Vancouver

(https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

- . Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
- . Citar a versão do documento em inglês
- . Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências
- . Referências cinzentas não são aceitas por dificultar o acesso da comunidade científica internacional (exceto as imprescindíveis). É considerada literatura cinzenta os livros, teses, dissertações, manuais, normas, legislação, etc.

Exemplo de como citar consultar site da RLAE

(<http://www.scielo.br/revistas/rlae/iinstruc.htm#003>)

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo Editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

 **Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3602-0518



rlae@eerp.usp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EFETIVIDADE DO AUTOCUIDADO APOIADO EM USUÁRIOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS: ENSAIO COMUNITÁRIO

Pesquisador: Josiane Maria Oliveira de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57727116.3.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO

PARECER Número

do Parecer: 1.645.880

Apresentação do Projeto:

Um dos problemas de saúde de imensa magnitude no Brasil se refere às doenças crônicas não transmissíveis e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), está comprovado que o autocuidado está associado aos melhores resultados para os pacientes. A partir dessa constatação, o objetivo deste estudo “será avaliar o efeito do autocuidado apoiado na melhoria de respostas comportamentais e fisiológicas de grupo de hipertensos, em comparação a abordagem tradicional. Para isso, será desenvolvido estudo quase experimental do tipo ensaio comunitário, envolvendo grupos de hipertensos dos centros de saúde da regional de Ceilândia-DF. A intervenção a ser avaliada é a aplicação do autocuidado apoiado em grupos estratificados, segundo o escore de Framingham. As variáveis de desfecho a serem avaliadas serão fisiológicas (peso, altura, valores pressóricos, colesterol, circunferência abdominal, glicemia, frequência cardíaca e triglicerídeos, creatinina); comportamentais (adesão a estilo de vida mais saudável); e qualitativos (percepção sobre assistência prestada durante o período de seguimento). Os quais serão avaliados após seis meses e após 1 ano da intervenção. Os dados qualitativos serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2009) e seguirá as seguintes etapas de análise: constituição do corpus (as entrevistas), leitura flutuante, preparação do material, codificação, categorização, inferência e interpretação dos resultados. Posteriormente, serão apresentados em gráficos e

tabelas, com descrição e frequências. [Quanto aos dados [quantitativos], serão avaliados os intervalos de confiança (IC) à 95%, média, intervalos interquartílicos e aplicado o Teste t-student”.

METODOLOGIA:

Este é um estudo quase experimental do tipo ensaio comunitário que envolverá grupos de hipertensos dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia-DF. “A intervenção a ser avaliada é a aplicação do autocuidado apoiado em grupos estratificados”, conforme o escore de Framingham (Brasil, 2013). Os participantes serão distribuídos aleatoriamente em dois grupos (1) grupo de controle e (2) grupo de intervenção. O grupo de intervenção receberá a abordagem de “autocuidado apoiado e o grupo de controle receberá a abordagem tradicional da assistência disponível no Centro de Saúde da Regional de Ceilândia, sem estratificação de risco e sem autocuidado apoiado”. Dois Centros de Saúde da Regional de Ceilândia -DF serão selecionados para este estudo. “O primeiro onde está sendo implementado a estratificação de risco, segundo escore de Framingham, por graduandos de Enfermagem participantes da Liga Acadêmica de Cardiologia em Enfermagem, [da] Universidade de Brasília- UnB, [Campus] Ceilândia. O segundo, um centro que não faz nenhum tipo de estratificação, apenas a inserção dos usuários nos grupos por ordem de inscrição”. O estudo é constituído de cinco etapas: Etapa 1 – os participantes serão selecionados aleatoriamente e, os que optarem por participar do estudo receberão esclarecimentos sobre a pesquisa: objetivos, riscos de participação, e assinarão previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução CNS no. 466/2012.

Etapa 2 – Aplicação de um questionário, com questões abertas e fechadas, para avaliar indicadores qualitativos (percepção da abordagem adotada); indicadores fisiológicos (peso, altura, valores pressóricos, colesterol, circunferência abdominal, glicemia, frequência cardíaca, triglicerídeos e creatinina) e indicadores comportamentais (atividade física, hábitos alimentares, uso de álcool e tabaco e atividade de lazer).

Etapa 3 – Os participantes do grupo de intervenção têm consultas individuais e atividades grupais reguladas no autocuidado apoiado, com periodicidade mensal. Os participantes do grupo de controle passarão pela rotina tradicional de consultas e reuniões estabelecidas pelo Centro de Saúde.

Etapa 4: Após seis [meses] de acompanhamento dos participantes, aplicar-se-á um questionário inicial em todos os participantes da pesquisa (grupo de controle e grupo de intervenção) para

avaliar os indicadores qualitativos, fisiológicos e comportamentais.

Etapa 5: Após um ano de acompanhamento dos participantes, aplicar-se-á, novamente, o questionário para avaliar os indicadores qualitativos, fisiológicos e comportamentais.

Variáveis de desfecho: A avaliação da efetividade do autocuidado apoiado será realizada a partir dos indicadores qualitativos, fisiológicos e comportamentais, que serão avaliados após seis meses e um ano da intervenção.

Análise dos dados: A técnica de análise de conteúdo sistemática (Bardin, 2009) será empregada para a análise dos dados qualitativos, com as seguintes etapas de análise: constituição do corpus (as entrevistas), leitura flutuante, preparação do material, codificação, categorização, inferência e interpretação dos resultados. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos (descritivos e com frequência). “Os dados quantitativos serão tabulados e analisados com o uso do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, para a investigação dos resultados dos grupos controle e experimental. Serão calculados os intervalos de confiança (IC) à 95%, média e os intervalos interquartílicos entre as variáveis numéricas. Para comparação dos resultados dos grupos será realizado o Teste t-student E, o nível de significância será de 5%”.

Critérios de inclusão: “Pessoas com o diagnóstico de Hipertensão, inseridos em algum grupo de Hipertensão dos centros de saúde selecionados; com mais de 18 anos; que tenha disponibilidade de locomoção para realização dos exames solicitados; que não estejam hospitalizados e que participam regularmente das atividades propostas pelo grupo”.

Critério de exclusão: “Serão excluídos do estudo usuários com menos de 18 anos; que não queira participar do estudo; que apresente alguma restrição física ou mental; que abandone o seguimento do estudo ou não realize os exames solicitados”.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese: “O Autocuidado apoiado promove a melhoria de resultados fisiológicos relacionados à condição crônica, na satisfação dos usuários e na adoção de estilo de vida mais saudáveis”.

Objetivo Primário: “Avaliar o efeito do autocuidado apoiado na melhoria de respostas comportamentais e fisiológicas de grupo de hipertensos, em comparação a abordagem tradicional”.

Objetivos Secundários: (1) “Avaliar a percepção dos usuários diante da implementação do autocuidado apoiado em grupo de Hipertensos”; (2) “Investigar melhorias em marcadores

Página 03 de 08

fisiológicos após 1 ano de implementação do autocuidado apoiado e (3) “Avaliar a adesão à hábitos de vida saudáveis após autocuidado apoiado”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora afirma que a “pesquisa apresenta risco mínimo para os participantes, sendo o principal risco de constrangimento no momento da entrevista”

No que se refere aos benefícios, a pesquisadora afirma que “os benefícios são muitos, pois identificar o efeito do autocuidado apoiado em uma população de pacientes crônicos, buscando intensificar a proatividade do usuário, a participação nas decisões e a corresponsabilidade nos resultados alcançados, poderá aumentar a motivação, autonomia e confiança do usuário. Além de trazer inúmeros benefícios à saúde como a prevenção de complicações decorrentes da hipertensão arterial; diminuição dos sintomas e das incapacidades; melhora da autoestima e da qualidade de vida. Ressalta-se que serão garantidos a privacidade e confidencialidade, as informações e formulários serão guardados por um período de 5 anos, após a finalização do estudo”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo ensaio comunitário, com pessoas hipertensas que são assistidas em dois Centros de Saúde de Ceilândia-DF, sob a responsabilidade da professora Dra. Josiane Maria de Oliveira de Souza, que tem como assistente de pesquisa a professora Tayse Tâmara da Paixão Duarte, professoras do curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília. Segundo a planilha de orçamento, a pesquisa será financiada pela própria pesquisadora, no valor de R\$ 2.700, 00 (dois mil e setecentos reais), embora esse total não é apresentado na referida planilha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos abaixo relacionados foram consultados para a emissão deste parecer:

- (1) Informações Básicas do Projeto: “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699862.pdf”,

postado em 12/07/2016;

Página 04 de 08

- (2) Outros: “CVTayse.pdf”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (3) Outros: “CVJosiane.pdf”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (4) Outros: “Cartaapresentacao.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador

Principal;

(5) Declaração de Pesquisadores: “TermoResponsabilidade.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(6) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermoAnuenciaCSC12.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(7) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermoAnuenciaCSC8.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(8) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermoConcordanciaFCE.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(9) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC12cont.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(10) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC12.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(11) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC8cont.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(12) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC8.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza Pesquisador Principal;

Página 05 de 08

(13) Outros: “Cartaapresentacao.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(14) Declaração de Pesquisadores: “TermoResponsabilidade.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

- (15) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaFCE.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (16) Folha de Rosto: “FolhadeRosto.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (17) Projeto Detalhado / Brochura Investigador: “Projeto.docx”, postado em 05/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza Pesquisador Principal;
- (18) Orçamento: “PlanilhaOrçamento.doc”, postado em 05/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (19) TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência: “TCLE.doc”, postado em 05/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal.

Recomendações:

Recomenda-se revisar os critérios de exclusão. Para o participante de pesquisa ser excluído, ele deverá ter sido primeiramente incluído.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos e documentais no processo analisado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699862.pdf	12/07/2016 08:31:43		Aceito
Outros	CVTayse.pdf	12/07/2016 08:30:51	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito

Outros	CVjosiane.pdf	12/07/2016 08:30:14	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Outros	Cartaapresentacao.doc	12/07/2016 08:27:39	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoResponsabilidade.doc	12/07/2016 08:19:54	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoAnuenciaCSC12.doc	12/07/2016 08:19:26	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoAnuenciaCSC8.doc	12/07/2016 08:18:54	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordanciaFCE.doc	12/07/2016 08:18:21	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC12cont.pdf	23/05/2016 10:03:29	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC12.pdf	23/05/2016 10:02:26	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC8cont.pdf	23/05/2016 10:01:51	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC8.pdf	23/05/2016 10:01:23	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Outros	Cartaapresentacao.pdf	23/05/2016 10:00:28	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito

Declaração de Pesquisadores	TermoResponsabilidade.pdf	23/05/2016 09:59:24	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaFCE.pdf	23/05/2016 09:57:37	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	23/05/2016 09:52:45	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	05/05/2016 18:08:15	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Orçamento	PlanilhaOrcamento.doc	05/05/2016 18:07:04	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Página 07 de 08				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	05/05/2016 18:05:51	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 23 de Julho de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)